UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MEDECINE

N° 65

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

KRAUROSIS VULVAIRE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 6 Juillet 1912

PAR

Georges GUAY

Né à Paris, le 28 juin 1865

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR DE MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse — VALLOIS, professeur, *Président.* ; DE ROUVILLE, prof. adj ; DELMAS, agrégé, ; MASSABUAU, agrégé. — *Assesseurs.*

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
3, Rue Ferdinand-Fabre, 3

1912

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MEDECINE

N° 65

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

KRAUROSIS VULVAIRE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 6 Juillet 1912

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

PAR

Georges GUAY

Né à Paris, le 28 juin 1865

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR DE MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse — VALLOIS, professeur, *Président.*
DE ROUVILLE, prof. adj. } *Assesseurs.*
DELMAS, agrégé, }
MASSABUAU, agrégé.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
3, Rue Ferdinand-Fabre, 3

1912

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✲). . . . . DOYEN
SARDA. . . . . ASSESSEUR
IZARD . . . . . SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (✲). Chargé de l'enseignt de pathol. et thérap. génér
Clinique chirurgicale	TEDENAT (✲).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (✲).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et hist. nat. méd	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✲).
Clinque ophtalmologique	TRUC (✲).
Chimie médicale.	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthop.	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeutique générales . .	RAUZIER. Chargé de l'enseignement de la Clinique médicale.
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale. . . .	VIRES.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET

Doyen honoraire : M. VIALLETON

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✲), GRYNFELTT HAMELIN (✲)

M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés des Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards. .	LEENHARDT, agrégé.
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. lib.
Clinique gynécologique.	DE ROUVILLE, prof. adj.
Accouchements.	PUECH, Prof. adj.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, agr. libr.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie. . . .	MOURET, Prof. adj.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE	MM. LAGRIFFOUL	MM. DERRIEN
VEDEL	GAUSSEL	MASSABUAU
SOUBEYRAN	RICHE	EUZIÈRE
GRYNFELTT Ed.	CABANNES	LECERCLE
LEENHARDT	DELMAS (Paul).	FLEIG, chargé des fonc

Examinateurs de la Thèse

MM. VALLOIS, *président.*	MM. DELMAS, *agrégé.*
DE ROUVILLE, *prof. adj.*	MASSABUAU, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR VALLOIS

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE

CHEF DE SERVICE A LA MATERNITÉ DE MONTPELLIER

A MONSIEUR LE PROFESSEUR DE ROUVILLE

PROFESSEUR DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR-AGRÉGÉ DELMAS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR-AGRÉGÉ MASSABUAU

G. GUAY.

Au début de ce travail, nous nous ferons un devoir bien agréable d'adresser nos remerciements les plus sincères à tous ceux qui nous sont venus en aide dans le cours de nos études, à tous ceux dont la bienveillance et l'amabilité ont été souvent un réconfort et un encouragement.

Que nos professeurs trouvent ici un souvenir reconnaissant et respectueux pour le docte enseignement qu'ils nous ont dispensé dans leurs magistrales leçons, dans leurs conférences si nettes, précises et pratiques, dans leurs causeries et leurs leçons cliniques si utiles auprès du lit du malade.

Nous tenons à remercier particulièrement M. le professeur Vallois, qui veut bien nous faire l'honneur de présider notre thèse ; M. le professeur de Rouville, qui nous a si souvent donné des marques d'intérêt et fourni de précieuses indications au chevet des malades ; M. le professeur-agrégé Delmas, dont l'amabilité a toujours fait sur nous une impression si heureuse ; M. le professeur-agrégé Massabuau, qui, toujours, nous a donné des témoignages de sympathie jamais démentis et qui a bien voulu nous guider dans nos recherches.

28 juin 1912.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

KRAUROSIS VULVAIRE

Un cas récent de kraurosis vulvaire observé dans le service de M. le professeur Vallois m'a incité à faire cette rapide étude sur cet état pathologique pouvant offrir une cause plus ou moins grave de dystocie au moment de l'accouchement, cause non signalée dans certains ouvrages, même récents.

C'est, d'ailleurs, un fait se présentant rarement, cette affection se remarquant surtout chez des femmes âgées ou dont l'appareil génital offre certaines particularités n'ayant pas permis la fécondation ou la gestation. Cette idée sera reprise à sa place dans le cours de cette étude.

Quoi qu'il en soit, la littérature médicale n'offre pas, à ma connaissance, malgré les recherches faites dans les revues spéciales, de cas signalés au point de vue obstétrical, soit que la dystocie produite dans des cas possibles ait été considérée comme peu importante et se confondant avec celles provenant d'une atrésie quelconque de la partie inférieure du canal parturient, soit qu'en réalité il n'en ait pas été observé d'intéressant.

Il est fait mention cependant, dans deux observations de Breisky, de déchirures occasionnées par le kraurosis au moment de l'accouchement.

Cette expression *kraurosis vulvæ* a été créée pour désigner un état particulier d'étroitesse et d'atrophie des parties génitales externes de la femme.

Je ne puis m'empêcher, à propos de cette terminologie, de remarquer qu'on ne s'est pas écarté de l'écueil que nos grammairiens et nos philologues recommandent d'éviter dans la formation nouvelle de mots ou d'expressions techniques : cette association d'un mot transposé de toutes pièces du grec et d'un mot latin. Que si l'on adopte pour désigner un état morbide non décrit antérieurement le mot *kraurosis*, pour l'appliquer à la partie où siège l'affection en cause, il me semble que, au moins pour nous Français, il serait plus rationnel de dire simplement *kraurosis vulvaire* ou *kraurosis de la vulve*, expression aussi claire et qui serait plus conforme à la tradition de notre linguistique.

HISTORIQUE ET SYMPTOMATOLOGIE

Il semble que ce soit un savant anglais, Lawson-Tait, qui ait, le premier, appelé sur cette affection l'attention du monde médical et l'ait signalée, en 1875, sous le nom de « Vascular degeneration of the nymphal, with atrophy of mucous membran ». Voici comment, deux ans après, il en retrace l'aspect clinique (1) :

« Cette affection, dit-il, une des plus ennuyeuses et une des plus rebelles que j'aie rencontrées, survient généralement au moment de la ménopause ou après. Les petites lèvres sont le siège d'une atrophie particulière qui est toujours limitée à leur face interne, et je ne l'ai jamais rencontrée sur les grandes lèvres ou sur le vagin plus haut que le vestibule. Elle est très souvent cause de suppression totale des rapports sexuels, et dans les trois-quarts des cas, c'est elle qui constitue le prétendu vaginisme. On constate presque toujours que les malades ont atteint ou dépassé la quarantaine, qu'elles ont un écoulement jaunâtre, une sensation de cuisson au moment de la miction et qu'elles souffrent horriblement à chaque tentative de coït. Ce dernier symptôme est presque toujours le premier en date. Les rapports sexuels sont interrompus depuis plusieurs mois. Les souffrances sont grandes.

Si on peut examiner la malade dès le début, on constatera

---

(1) Lawson-Tait. Diseases of women, 1877, p. 43.

sur la muqueuse vulvaire, après avoir écarté les lèvres, deux ou trois taches rougeâtres, dont la teinte varie du rouge brique au rouge pourpre intense. Elles sont extrêmement sensibles au toucher. En les observant avec soin, on voit qu'elles sont légèrement élevées au-dessus de la muqueuse normale.

Si l'on a l'occasion de les suivre pendant quelque temps, on trouvera que ces taches sont temporaires et se propagent lentement. La coloration rougeâtre peut disparaître après une durée de quelques mois, puis apparaître ailleurs, s'étendre en traînées serpigineuses, et s'effacer aux anciennes places à mesure qu'elle en envahit de nouvelles.

La marche de l'affection est donc très lente, et c'est ce qui explique qu'elle est rebelle à tout traitement, car elle ne se termine généralement qu'après avoir intéressé successivement toute la surface muqueuse des petites lèvres.

L'entrée du vagin se rétracte lentement, de sorte qu'elle peut être si réduite qu'elle permettra à peine l'introduction du doigt, même si la malade a eu plusieurs enfants. »

Notons, en passant, que Martin, en Allemagne (1894) (1), refuse à cette description de Lawson-Tait le droit d'entrer dans le cadre de l'état morbide que décrivait plus tard Breisky sous le nom de kraurosis. Il sera facile d'expliquer cet ostracisme, non ratifié d'ailleurs par les derniers auteurs qui se sont occupés de la question.

C'est, en effet, Breisky, de Prague, qui, en 1885, propose ce nom de *kraurosis vulvæ* pour désigner une « atrophie particulière de la vulve dont la forme était peu connue ». Voici d'après Nonique (2), comment Breisky, se basant sur les

---

(1) Martin. Samml. Kl. Vort. Volkmann, 1894. Gynäkologie, n° 102.

(2) Nonique. Thèse de Paris, 1905.

12 cas qu'il a eu l'occasion d'observer, a noté les particularités de l'état pathologique qu'il signale (1) :

« Absence apparente de petites lèvres. Les téguments sont lisses depuis le mont de Vénus jusqu'au méat urinaire et passent par dessous le clitoris sans former de replis de la muqueuse. Il n'existe plus trace de frein ni de prépuce. On observe parfois une bande cicatricielle ou une sorte de repli sur la ligne médiane du vestibule.

Le clitoris est tantôt tout à fait caché par les téguments rétractés, tantôt aperçu à travers un petit orifice cutané délimité par les restes du frein et du prépuce. En écartant les grandes lèvres, on voit que la muqueuse au-dessous de l'urètre est étirée et forme comme un pli transversal. A la partie postérieure de la vulve, mais à un degré peut-être moins prononcé, existent des signes analogues de rétraction : la peau est inextensible et forme des plis lorsqu'on cherche à la distendre.

La conséquence de cette atrophie est une sténose vestibulaire marquée, et les tissus deviennent friables et rigides. Par conséquent, on verra se produire après l'accouchement des déchirures étendues, et même, à la suite du coït, il pourra survenir des fissures douloureuses.

Au point où l'atrophie est plus marquée, les tissus sont blanchâtres et secs, parfois recouverts d'un épiderme épais, tandis que les parties voisines sont brillantes, sèches et de coloration gris rougeâtre. On observe parfois des taches blanchâtres et, par place, de petits nœuds d'ectasie vasculaire. Le reste de la vulve ne présente rien d'anormal en dehors d'un relâchement et amaigrissement marqués. »

---

(1) Breisky. Ueber Kraurosis vulvæ, eine wenig beachtete Form von Hautatrophie am pudendum muliebre. — Zeit. f. Heilkunde, 1885.

« Rétraction atteignant à des degrés divers et plus ou moins en même temps le vestibule, les petites lèvres, le frein et le prépuce clitoridien, la surface interne des grandes lèvres jusqu'à la commissure postérieure et la peau du périnée », tel était le symptôme essentiel qui justifiait le nouveau terme proposé.

Les autres signes décrits par Breisky s'appliquaient, ainsi que devait le montrer F. Jayle en 1906, à des plaques de leucoplasie.

Ce fut cause d'une obscurité qui, pendant longtemps, entoura la question. Car, pendant que les Allemands adoptaient le nom donné par leur compatriote et élevaient au rang d'entité morbide l'état pathologique complet tel qu'il l'avait dépeint, les Anglais et les Américains, acceptant le mot, revendiquaient pour Lawson-Tait l'honneur de la première description, les Français retenaient le nouveau terme, l'inscrivaient dans les cadres nosologiques, mais s'en servaient si peu dans la pratique que les observations publiées sous ce titre n'atteignaient peut-être pas le chiffre de dix quand Jayle, à la clinique de l'hôpital Broca, dans le service de M. le professeur Pozzi, entreprit une étude approfondie d'après des recherches cliniques commencées en 1892, étayées par les travaux histologiques de X. Bender.

Parmi les nombreux travaux parus, en outre, avant cette époque, signalons à cause de l'idée pathogénique ceux d'Olshausein qui, au cours d'une discussion sur le kraurosis de Breisky, désignait sous ce nom l'atrophie vulvaire et la sténose vaginale survenant après la castration ovarienne (1).

En 1906, F. Jayle résume ses travaux et, s'en tenant à l'étymologie stricte du mot kraurosis, réunit sous ce nom

---

(1) Olshausein. Cent. f. Gyn. 1894, p. 312.

toutes les variétés d'atrophie vulvaire avec sténose de l'orifice vaginal, séparant nettement le kraurosis de la leucoplasie, et en donne la définition suivante (1) :

« Le kraurosis vulvaire n'est pas une entité morbide; c'est un syndrome clinique caractérisé par l'atrophie scléreuse progressive des téguments cutanéo-muqueux de la vulve, conséquemment par l'affaissement des grandes lèvres, la disparition des petites lèvres, du capuchon et du frein clitoridien, la rétraction de la région vestibulaire et hyménéale, et, par suite, la sténose de l'orifice vaginal.

Histologiquement, le kraurosis n'est pas le résultat de lésions spéciales et constantes de la peau. »

Cette définition permet de séparer le kraurosis de la leucoplasie. Et suivant des symptômes divers de lésions accessoires ou des conditions étiologiques particulières, Jayle distingue quatre variétés cliniques qu'il propose de classer sous les noms suivants :

1° *Kraurosis leucoplasique ;* 2° *kraurosis inflammatoire ;* 3° *kraurosis sénile ;* 4° *kraurosis post-opératoire.*

G. Thibierge, à l'hôpital Saint-Louis, fut incité par le mémoire de Jayle à s'occuper plus attentivement du kraurosis, et entreprit de résumer à nouveau les caractères de cette affection. Il en donne, dans une étude parue en 1908, une description clinique précise et nette qui est tout entière à citer.

« Au-dessous du mont de Vénus, le système pileux est presque toujours plus ou moins réduit, les grandes lèvres sont généralement flasques, quelquefois aplaties, atrophiées, rappelant souvent l'aspect de la peau du scrotum.

Les petites lèvres sont rétractées, forment des replis verti-

---

(1) F. Jayle. Le kraurosis vulvæ. Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale, 1906.

caux et antéro-postérieurs, dont la hauteur ne dépasse jamais et n'atteint pas toujours la moitié de la distance entre le clitoris et la fourchette ; mesurant à peine 2 ou 3 centimètres de long, elles forment comme une lame de carton, légèrement ondulé.

En haut, elles se continuent avec le capuchon du clitoris qui présente sensiblement le même aspect.

Entre le clitoris et l'urètre, le vestibule forme une surface lisse, parfois avec des brides dures et fibreuses partant de l'orifice urétral.

La fourchette est le plus souvent mal accusée, souvent déformée par les cicatrices de rupture résultant d'accouchements antérieurs ; elle ne forme jamais, dans ces cas accusés, le repli semi-lunaire qu'on observe chez les femmes jeunes nullipares.

L'orifice vaginal est rétréci ; à son pourtour, la muqueuse est plissée comme une bourse ; l'entrée du vagin est dure, inextensible, admet parfois avec peine l'index, ne laisse jamais pénétrer deux doigts ; les tentatives pour introduire le deuxième doigt sont douloureuses.

Les caroncules sont presque toujours très apparentes, formant des bourgeons durs, arrondis ou allongés, souvent légèrement pédiculés, rappelant la forme de marisques distendues. » (1)

Puis il ajoute : « Sur toutes les malades que j'ai observées, j'ai toujours été frappé par un caractère sur lequel il convient d'insister et qu'il y a lieu de mettre en pleine lumière parce qu'il donne à la vulve kraurotique sa physionomie spéciale, et permet d'identifier le kraurosis à d'autres processus anatomiques : c'est l'aspect lisse et brillant du tégument vulvaire

(1) G. Thibierge. Etude clinique sur le kraurosis vulvæ. Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie, 1908, p. 3.

dans toute son étendue, qui peut être très exactement comparé à celui de la surface extérieure du foie. »

Cet aspect vernissé se prolonge même sur la muqueuse vaginale.

En outre, la couleur n'en est pas uniforme. « Dans les cas les plus simples, le tégument est blafard, jaune clair, tirant très légèrement sur le rose et rappelle très exactement la couleur en même temps que l'aspect de la surface d'un foie gras, en particulier du foie d'oie qu'on voit à la devanture des marchands de comestibles.

Le plus souvent, cette coloration se mouchette de plaques rouges, qui tantôt sont des arborisations vasculaires isolées très fines, tantôt forment des îlots où peuvent encore se distinguer les vaisseaux qui les constituent, et qui, dans leur ensemble, ont une coloration rouge intense, parfois brune, parfois d'aspect livide. A leur niveau, le tégument conserve le même aspect lisse et brillant sans présenter aucune saillie.

Ces îlots, de forme irrégulière et variable, peuvent occuper des surfaces très considérables de la vulve, laissant entre eux des espaces de coloration jaunâtre. Ils siègent principalement sur le pourtour de l'orifice vaginal. Fréquemment, la muqueuse de l'urètre est rouge, tuméfiée, comme fongueuse, fait hernie à travers le méat. »

Thibierge n'a point rencontré de plaques rappelant la variété de kraurosis décrite par Breisky, rien dit-il, qui « mérite le nom de taches blanchâtres, ni qui rappelle, même de loin, la leucoplasie. » Même, il ne serait pas loin de croire « que, dans certains cas de leucoplasie, des déformations et des rétractions de l'anneau vulvaire ont pu en imposer pour un kraurosis qui n'existait pas ».

Cependant, il paraît utile de distinguer les variétés indiquées par Jayle, ne fût-ce qu'au point de vue clinique, à cause des

différences d'aspect et des symptômes surajoutés dans certains cas.

1° Dans le *kraurosis leucoplasique*, il y a coexistence de kraurosis et de leucoplasie. « Tantôt (1) le kraurosis l'emporte sur la leucoplasie, tantôt la leucoplasie sur le kraurosis, parfois l'un et l'autre ont un égal développement ; mais on ne confondra pas les signes si différents d'atrophie kraurosique et les signes de leucoplasie, consistant en plaques siégeant sur la région cutanéo-muqueuse, de forme plus ou moins régulière, de couleur blanchâtre, virant tantôt sur le jaune et le gris, tantôt sur le blanc d'argent et la nacre ; la plaque peut être unique, constituant parfois un grand placard recouvrant une petite lèvre et davantage ; plus souvent, on voit plusieurs plaques espacées qui peuvent être relevées par des sortes de bandes de leucokératose plus accentuées.

La plaque leucoplasique est toujours adhérente.

La leucoplasie peut s'observer sans atrophie ni rétraction.

Histologiquement, la leucoplasie est une lésion de l'épiderme, le kraurosis une lésion du derme. »

Jayle distingue deux sortes de kraurosis leucoplasique suivant l'origine syphilitique ou non de la leucoplasie concomitante. Pour certains auteurs qui admettent que la syphilis est à la base de toute leucoplasie, comme Landouzy, Gaucher, ces deux sortes ne seraient pas distinctes.

Les signes fonctionnels consistant en prurit, cuisson, tension douloureuse, surtout pendant la marche, coït douloureux ou impossible, sont variables et inconstants.

2° Le *kraurosis inflammatoire* est marqué surtout ou *a)* par par le développement anormal de ces vascularisations dont

---

(1) F. Jayle. Compte rendu du V^e^ Congrès international d'Obstétrique et de Gynécologie. Saint-Pétersbourg, 22 septembre 1910. Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale, 1910.

la couleur rouge tranche nettement sur le fond pâle de la muqueuse, séparées ou s'agglomérant en taches, ou *b)* par la congestion intense et même la suppuration des follicules de la muqueuse vestibulaire, d'où la division par Jayle en deux sortes : kraurosis *vasculaire* et kraurosis *folliculaire* suivant qu'existera ou prédominera l'une ou l'autre de ces deux formes inflammatoires qui, d'ailleurs, peuvent se développer simultanément.

Jayle fait remarquer que cette inflammation des follicules glandulaires, qui s'aperçoit surtout en cinq points principaux : sur la ligne médiane, entre le clitoris et le méat, dans une dépression existant de chaque côté du méat et au niveau de l'orifice du canal des glandes de Bartholin, est utile à connaître parce que la cautérisation profonde de ces follicules amène la disparition de cette inflammation.

3° La dénomination de *kraurosis sénile* s'applique à celui que l'on trouve développé chez les femmes âgées sans autre symptôme que les signes généraux indiqués dans les premières descriptions.

4° Le *kraurosis post-opératoire* se développe chez les femmes ayant subi l'ablation des ovaires. Il n'offre pas non plus de lésions particulières et se rattache par son étiologie au précédent. Cette idée sera développée plus loin.

Quant aux symptômes fonctionnels dans les différentes variétés, s'il n'y a pas inflammation, ils restent d'ordre absolument mécanique : la rétraction de l'orifice vaginal entrave ses fonctions ; elle gêne considérablement le coït ou l'empêche complètement.

Les autres symptômes que l'on a décrits : prurit plus ou moins intense, tellement intolérable parfois qu'il peut en résulter localement des lésions de grattage occasionnant des ecchymoses, des ulcérations même ; — douleur à la miction ; — brûlure ; — écoulements leucorrhéiques ou autres ; —

fortes douleurs au moment des tentatives de coït ; semblent plutôt tenir aux lésions inflammatoires et, dans certains cas, à des métrites concomitantes. C'est l'opinion de Thibierge qui, « par des soins locaux très simples, a toujours pu débarrasser ses malades de ces phénomènes de prurit très pénibles sans modifier en rien l'aspect de leurs téguments vulvaires » (1). Et il les regarde, le prurit surtout, comme indépendants du kraurosis.

---

(1) Tibierge, *loco cit.*

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Beaucoup d'auteurs ont étudié l'anatomie pathologique du kraurosis vulvaire. Déjà, en 1885, Breisky publiait ainsi l'examen microscopique d'un des cas qu'il avait observés (1) : « Les tissus affectés avaient une apparence cicatricielle, les fibres connectives étaient réunies en faisceaux parallèles, au lieu d'avoir leur apparence ondulée habituelle. Les papilles étaient très inégales, la plupart petites, le réseau de Malpighi remarquablement mince. Il ne restait aucune glande sébacée, mais seulement quelques glandes sudoripares. Dans des papilles disparates ou plus souvent dans la couche profonde, il existait une infiltration de petites cellules embryonnaires. »

De son côté, Lawson-Tait, s'appliquant à étudier la muqueuse à l'endroit de « ces taches rougeâtres dues à l'altération vasculaire », décrit ainsi son observation (2) : « A l'endroit où siégeait la tache, tous les tissus avaient disparu, sauf quelques fibres, les parois des capillaires et l'épithélium superficiel, sous lequel le réseau des capillaires avec leurs parois amincies et dilatées se trouvaient presque sans protection, toute trace des tissus glandulaires ayant disparu. L'imprégnation au chlorure d'or montrait de plus que les fibres nerveuses se trouvant parmi les capillaires étaient de même sans protection. C'est, en somme, une atrophie progressive de toute la mu-

(1) Breisky, *loco cit.*

(2) Lawson-Tait. Amer. Gyn. and Obst. Journ. 1894, vol. 5.

queuse, les derniers tissus atteints étant les capillaires et les fibrilles nerveuses. »

Peter, dans une observation citée par Chassaing de Borredon (1), écrit : « L'examen histologique montra des lésions d'atrophie de l'épiderme et des couches superficielles du derme. » (2)

Pichevin et Petit résument ainsi les résultats de leurs recherches sur le même sujet (3) : « 1° Inflammation et hypertrophie du derme, mais avec régression des organes qu'il contient. Vaisseaux à parois épaisses, nerfs frappés de dégénérescence fibreuse. Tous les cordons nerveux qui se présentent en coupe longitudinale ou transversale sont étroitement comprimés par le tissu conjonctif; au fur et à mesure que le processus fait des progrès, la dégénérescence du nerf s'accroît de plus en plus, et bientôt celui-ci n'est plus représenté que par une masse d'aspect fibreux creusé de vacuoles. Les glandes sont atteintes par le processus scléreux; 2° nécrose et hyperkératinisation des éléments épidermiques. »

Pour beaucoup, par suite de cette confusion introduite dans les idées par la description simultanée du kraurosis et de la leucoplasie, les lésions épithéliales devaient jouer un rôle important dans le kraurosis, et, en particulier, la dégénérescence cancéreuse fut admise comme aboutissant du kraurosis. Ph. Yung (4) émit cette idée que le kraurosis pouvait dégénérer en cancer, que l'inflammation chronique pourrait donc faci-

---

(1) Chassaing de Borredon. Thèse de Paris, 1908.

(2) Peter. Ueber Kraurosis vulvae. Monats. f. Geb. u. Gynaek 1896, Bd. III.

(3) Pichevin et Petit. Sur le kraurosis vulvae. Semaine Gynécologique, 1897, n° 7.

(4) Yung. Zur Ætiologie der Kraurosis vulvae. Zeitschr. f. Geburtsh, u Gyn. 1904. Bd. LII.

lement aboutir à une prolifération atypique de l'épithélium. Il s'élève contre l'opinion soutenue jusqu'à lui par un certain nombre d'auteurs, Trespe en particulier, 1902 (1), que le kraurosis a des caractères histologiques pathognomoniques. Pour faire valoir son avis, il pratique quatre fois l'examen histologique de segments cutanéo-muqueux de la région vulvaire chez des femmes ne présentant aucun symptôme fonctionnel ni aucun signe physique de kraurosis. Dans deux cas, il y avait une lésion cancéreuse ; dans deux autres, il s'agissait d'une déchirure du périnée compliquant des lésions utérines. L'examen histologique dans ces quatre cas a démontré l'existence d'une inflammation chronique du revêtement cutanéo-muqueux ; les modifications données comme caractéristiques du kraurosis existaient à un degré moindre cependant que lorsqu'il s'agit d'une sclérose très prononcée.

« Du côté de l'épiderme, l'auteur a relevé tantôt la disparition de la couche cornée, tantôt les lésions de l'hyperkératose. Du côté du derme, il a observé l'infiltration embryonnaire, l'hyperémie, l'œdème, la sclérose ; les fibres élastiques étaient parfois normales, parfois avaient disparu ; les papilles étaient ou atrophiées complètement, ou hypertrophiées ou à peu près normales ». (2)

Jayle et Bender, dont les travaux si importants sur la leucoplasie et le kraurosis vulvaires sont toujours à citer et ont permis, d'ailleurs, de différencier complètement ces deux affections, ont étudié longuement et minutieusement, l'une et l'autre (3).

---

(1) Trespe. Beitrag zur Kraurosis vulvae. Archiv. für Gynâk, 1902, Bd. LXVI.

(2) F. Jayle. Le kraurosis vulvae. Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale, 1906.

(3) F. Jayle et X. Bender. Bulletin de la Société anatomique, 1905.

Jayle résume les observations de Bender, et voici sa conclusion (1) :

« Le kraurosis n'est pas le résultat de lésions spéciales, spécifiques de la peau, et ces lésions ne se rencontrent pas que dans le kraurosis. Elles existent, mais à un degré beaucoup moindre dans des cas de rétraction atrophique survenant dans des circonstances diverses, lésion qui n'aboutit pas forcément au kraurosis.

Le kraurosis est surtout caractérisé par les altérations du derme, qui est fortement sclérosé, très dense ; l'épithélium présente un aspect variable, suivant les points considérés. En général, le nombre des couches de cellules pavimenteuses est diminué, les papilles sont faiblement dessinées, et le revêtement se présente sous la forme d'une mince bordure. Exceptionnellement, sur quelques points, on peut trouver un peu d'épaississement et un léger allongement des bourgeons épithéliaux interpapillaires.

La couche de Malpighi est assez fréquemment dissociée par suite d'une infiltration leucocytaire.

Sur les coupes passant au niveau d'une tache ecchymotique constatée à l'examen clinique, on trouve au dessous du revêtement épithélial des vaisseaux à parois très minces, à cavité large et remplis de globules sanguins. Ces vaisseaux s'encastrent, pour ainsi dire, dans l'épaisseur de la couche épithéliale, si bien qu'en certains points, ils ne sont séparés de la superficie que par trois ou quatre couches de cellules pavimenteuses. Ainsi s'expliquent, d'une part, la coloration des taches, d'autre part, la facilité avec laquelle elles saignent sous le frottement.

---

(1) Jayle. La sclérose vulvaire et le kraurosis vulvae. Congrès international d'obstétrique et de gynécologie, 1910.

L'infiltration leucocytaire peut être abondante immédiatement sous l'épithélium et se condenser parfois sous la forme d'amas au contact de la couche génératrice de l'épithélium.

Le derme présente une sclérose assez accentuée, portant en grande partie sur les fibres élastiques qui offrent le plus souvent une hyperplasie manifeste. »

Nous avons indiqué les caractères macroscopiques de la leucoplasie. La description suivante souligne manifestement les signes histologiques qui la différencient du kraurosis (1).

« Histologiquement, la leucoplasie, quand on a affaire à des plaques récentes, sans dégénérescence épithéliale, est caractérisée par des modifications surtout épidermiques.

Le tissu conjonctif du derme est nettemment enflammé, mais les lésions principales sont celles de l'épiderme. En outre d'une multiplication considérable de cellules à éléidine hypertrophiées, toutes les cellules sous-jacentes à ces dernières sont kératinisées et leur épaisseur est sensiblement égale à la moitié de la hauteur de l'épiderme. Les éléments sous-jacents aux cellules à éléidine ont un noyau souvent altéré et une forme irrégulière ; on constate sur certains points la présence d'éléidine diffuse. »

Il semble donc bien qu'il n'y ait plus à confondre ces deux états pathologiques. Malgré cela, des études plus récentes, de Thibierge (1908), de deux auteurs anglais, Berkeley et Bonney, (déc. 1909) (2), font comprendre que la question ne paraissait pas à tout le monde élucidée suffisamment et que les rapports entre la leucoplasie et le kraurosis étaient toujours à l'étude.

---

(1) Chassaing de Borredon. Thèse de Paris, 1908.

(2) C. Berkeley et V. Bonney. La leucoplasie vulvaire et ses relations avec le kraurosis et le cancer de la vulve. Proceedings of the Royal Society of Medicine, déc. 1909. Obstetrical and Gynecologycal Section, p. 29.

Ces auteurs cependant se rangent à l'opinion de Jayle et séparent nettement l'un de l'autre.

Pour eux, toutefois, la leucoplasie, inflammation chronique d'origine indéterminée, serait caractérisée à une période ultime par une hypertrophie de l'épithélium et une sclérose avec rétraction du derme.

S'il ne se développe pas d'épithélioma, la leucoplasie se terminerait pour eux par un stade dans lequel la surface vulvaire, restant lisse, blanche et brillante, les petites lèvres et le clitoris disparaissent tout à fait, la sclérose du derme étant complète.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Malgré toutes les recherches faites à ce sujet, l'étiologie du kraurosis vulvaire est encore entourée d'obscurité.

Cet état morbide s'observe à partir de 20 ans et même avant. Cependant, on le rencontre plus fréquemment à une période avancée de la vie, principalement après la ménopause. Mais on le trouve aussi bien chez les vierges que chez les femmes mariées, et chez celles-ci, pendant ou en dehors de la grossesse.

Quant à sa fréquence, Thibierge (1) déclare que, « en examinant plus de mille femmes chaque année, il a passé pendant cinq ans à côté de cette lésion sans la diagnostiquer, avant que le mémoire de Jayle à ce sujet n'ait commencé son initiation, tandis que, depuis, il en rencontre journellement des exemples ».

« Sur 94 femmes de tout âge que j'ai examinées systématiquement pour en déterminer la fréquence, je l'ai rencontré, dit-il, à des degrés divers, 12 fois, soit 1 fois sur 8. »

Il semble que ce chiffre doive paraître bien élevé, surtout si on remarque qu'il s'agit d'une affection que le même observateur aurait laissé passer inaperçue pendant longtemps. Il importe cependant d'ajouter que l'auteur doit faire rentrer dans ce nombre toutes les observations présentant non seule-

---

(1) Thibierge. Etude clinique sur le kraurosis vulvæ. Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie, 1908, p. 7.

ment des lésions de kraurosis confirmé, mais de rétraction scléreuse associée à un aspect lisse particulier de la muqueuse qu'il indique comme début de l'affection dans un stade qu'il appelle pré-kraurosis.

Faut-il aussi invoquer le milieu spécial, clinique de l'hôpital Broca, où se faisaient ces observations et qui peut indiquer chez les malades examinées des prédispositions à des troubles de l'appareil génital?

Toujours est il que Thibierge incline à croire qu'on retrouve toujours, à partir de 50 ans environ, des lésions plus ou moins accentuées de kraurosis.

De nombreux auteurs ont mis en avant, comme cause de kraurosis, des maladies de l'appareil génital ou urinaire, la blennorragie, la leucorrhée, des chancres, des ulcérations ou des poussées d'herpès, de l'érysipèle, la bartholinite, le prurit.

Il faut cependant remarquer avec Jayle que les inflammations locales les plus vives ne peuvent suffire à lui donner naissance, et toutes ces causes indiquées peuvent exister ou avoir existé sans qu'on trouve de kraurosis.

Sans doute, l'irritation produite par des écoulements plus ou moins caustiques sur des téguments déjà enflammés, des lésions de grattage dues à la violence d'un prurit dont les causes peuvent être les plus diverses pourront augmenter certains symptômes et faire attribuer à certains signes une importance étiologique qu'on ne leur donnerait pas si on avait observé le début du kraurosis.

D'autres auteurs, Janowski, Orthmann, Noto, etc., pensent que la leucoplasie peut aboutir au kraurosis. Noto (1) admet que le kraurosis est le stade terminal de la leucoplasie, les lésions se succédant dans l'ordre suivant : 1° plaques opa-

(1) Noto. Archivio di Ost. e Gynec. 1899.

ques ; 2° plaques blanches ; 3° kraurosis. Nous avons vu que ces deux affections doivent se différencier nettement l'une de l'autre.

Pour Yung, le kraurosis est le stade terminal d'une vulvite chronique.

Enfin, la syphilis a été invoquée comme cause première, et Jayle dit expressément : « Le kraurosis syphilitique existe incontestablement, sans qu'on puisse préciser le mode d'action de la syphilis. »

Cependant, une autre cause est indiquée et semble prépondérante. Déjà Lawson-Tait remarquait que l'atrophie qu'il décrivait se produisait après la ménopause. Olshausen (1) décrivait comme kraurosis l'atrophie vulvaire et la sténose vaginale survenant après la castration ovarienne. Il était à remarquer que le plus grand nombre de cas de kraurosis étaient observés chez des femmes ayant atteint la ménopause ou chez des femmes jeunes chez lesquelles l'ablation de l'appareil utéro-ovarien avait amené une ménopause précoce. Il était naturel de penser que la suppression des deux ovaires chez une femme jeune pouvait déterminer le kraurosis. Jayle écarte l'idée de troubles nerveux résultant de sections nerveuses pendant l'opération, et se rallie à l'hypothèse suivante qu'il émet dans son étude de 1906.

Le kraurosis peut résulter de la suppression de la sécrétion interne de l'ovaire, par suite d'un trouble nerveux d'ordre réflexe survenant dans des conditions qui restent à préciser. Et assimilant le kraurosis non-opératoire au kraurosis post-opératoire, il établit la théorie de kraurosis d'origine ovarienne qui, actuellement, tend à être acceptée.

« Je pense, dit-il, que les femmes non-ovariotomisées et qui pré

---

(1) Olshausen. Centr. f. Gyn. 1894.

sentent des phénomènes de kraurosis sont celles chez lesquelles les ovaires sont atteints eux-mêmes de lésions atrophiantes, et de nombreuses observations m'amènent à croire que le kraurosis se développe chez les femmes dont les ovaires n'existent plus anatomiquement (castration) ou physiologiquement (atrophie). Il ne faut pas oublier que, règle générale, après la ménopause, les ovaires ne s'atrophient pas rapidement chez toutes les femmes et qu'ils continuent à fonctionner totalement ou partiellement au point de vue de la sécrétion interne, malgré la disparition des époques menstruelles. Ainsi s'expliquerait comment le kraurosis survient tantôt chez des femmes encore jeunes, tantôt vers la ménopause ou après elle. Il serait lié à l'état de l'ovaire. »

Thibierge, recherchant systématiquement des lésions de kraurosis dans son service à l'hôpital Broca, remarque chez un certain nombre de ses malades des modifications de la muqueuse de même ordre et de même aspect que chez celles qui avaient déjà une rétraction scléreuse de l'orifice vulvaire. Frappé de cette analogie, il vit que ces femmes présentaient, en outre, une atrophie et une rétraction plus ou moins accusées d'autres parties de la vulve et, en particulier, des petites lèvres. Il désigne ce stade sous le nom de pré-kraurosis. Les femmes chez lesquelles les lésions en sont encore à cette phase pré-stricturale sont également des femmes dont les fonctions menstruelles sont abolies ou fortement modifiées, parvenues à une époque voisine de la ménopause.

Mais, en outre, pour Thibierge, ces lésions vulvaires de kraurosis ne seraient qu'une partie dans un ensemble de dégénérescence ou de troubles intéressant simultanément d'autres muqueuses : la muqueuse vaginale aurait le même aspect lisse et brillant, de même le col utérin ; la muqueuse du voile du palais et de la voûte palatine présenterait souvent aussi un

aspect semblable. La plupart des malades avaient la peau sèche, commençant à offrir le caractère sénile.

Et Thibierge conclut que le kraurosis doit être considéré « comme une localisation du processus atrophique qui caractérise l'involution sénile des téguments en général, involution plus prononcée ou plus frappante aux organes génitaux qu'en d'autres régions, et qui y est, à la suite de la castration, plus précoce parce que la suppression des fonctions génitales, spécialement chez la femme, est certainement un des facteurs les plus importants du processus involutif de la sénilité. »

D'autre part, Jayle rapproche également du kraurosis l'état de sténose vulvaire sénile qu'il décrit chez toute femme à à partir de 50 ans. « Cette évolution, dit-il, qui est très lente chez la femme saine, peut prendre une allure relativement assez rapide sous l'influence de certains états pathologiques. De plus, elle parvient, dans certains cas, à un degré beaucoup plus accentué. Le point d'élection de la sclérose vulvaire se localise au vestibule, à l'hymen, à l'orifice vaginal. Dès que la sclérose revêt ce caractère un peu accusé, à plus forte raison si elle est très accentuée, la muqueuse vestibulaire offre à une certaine période de l'évolution de petites lésions inflammatoires ou vasculaires qui sont essentiellement d'ordre trophique. D'autre part, on peut observer de petits points rouges de nature inflammatoire au niveau des follicules glandulaires. A ce stade de rétraction, la sclérose vulvaire devient un syndrome morbide et constitue le kraurosis. »

Le kraurosis ne serait donc, suivant cette idée, qu'un état de sclérose vulvaire qui, sous une influence particulière, accélèrerait son évolution et prendrait un caractère morbide.

Il semble donc que l'élément qui intervient dans le développement du kraurosis soit la tendance qu'auraient certaines malades à faire de la sclérose. « En examinant les femmes

atteintes de kraurosis, dit Jayle, on trouvera fréquemment des signes de sclérose générale, de sclérose glandulaire, de sclérose artérielle. » Ce point pourrait être systématiquement recherché pour éclairer plus complètement l'étiologie du kraurosis, surtout chez les femmes jeunes ; nous ne l'avons pas vu signalé dans les observations antérieures aux travaux de Thibierge ; encore cet auteur n'en donne t-il pas les signes dans tous leurs détails.

« Si le kraurosis est lié à l'état des ovaires et en particulier à la castration, dit Jayle, on ne peut soutenir que l'oophorectomie entraîne nécessairement le kraurosis ou même la sclérose, malgré la proportion élevée de la sclérose et du kraurosis, chez les femmes castrées. »

Nous aurions désiré pouvoir indiquer cette proportion, mais nulle part nous n'avons pu trouver d'éléments pour l'établir. Notons, au contraire, que, malgré plusieurs centaines d'opérations d'ovariotomie dans le service de gynécologie, M. le professeur de Rouville n'a pas été amené à observer de cas de kraurosis.

Deux hypothèses sont émises par Jayle pour expliquer la relation entre l'état des ovaires et le kraurosis :

1° La lésion des ovaires entraînerait un état de sclérose frappant l'ensemble de l'appareil génital, particulièrement les parties externes. La cause pourrait être d'ordre nerveux, et cet état se manifesterait surtout chez des femmes ayant déjà une prédisposition. Les cas les plus accentués se rencontrent en effet de préférence chez des femmes dont l'appareil génital est un peu hypoplasié de naissance ou dont l'orifice vulvaire a toujours été étroit.

2° Le kraurosis serait lié à la suppression de la sécrétion interne de l'ovaire, et s'il ne survient pas toujours après la disparition anatomique ou physiologique de cette glande, c'est qu'il interviendrait une compensation glandulaire,

comme on peut en observer dans des cas d'atrophie ou d'ablation d'autres glandes de l'organisme, glande mammaire, glande thyroïde, glande surrénale, glande pituitaire dont il semble que, dans certains cas, les fonctions puissent, dans une certaine mesure, se substituer mutuellement.

Ces deux théories sont soutenables d'après Jayle, et pour lui, il faut tenir compte des deux et admettre la corrélation étroite entre l'état des ovaires et l'état de la vulve et une sclérose aboutissant au kraurosis chez des femmes prédisposées par leurs antécédents ou leur état général.

Cette théorie, si séduisante qu'elle soit, suffit-elle pour expliquer le développement du kraurosis chez les femmes jeunes, chez celles en particulier qui, atteintes de cette affection, deviennent cependant enceintes ? Peut-on affirmer dans le cas où l'appareil génital remplit sa fonction primordiale qu'il y a insuffisance ovarienne ?

DIAGNOSTIC

Le kraurosis vulvaire se reconnaît facilement par ses caractères bien particuliers : rétraction progressive des tissus aboutissant à l'atrophie, état sec, lisse et pâle des téguments de la vulve avec perte de leur élasticité, accompagné souvent de taches ecchymotiques de nuances plus ou moins foncées.

On a voulu confondre, nous l'avons vu, kraurosis et leucoplasie. Jayle a très justement montré que la leucoplasie se différencie nettement du kraurosis, comme nous l'avons indiqué plus haut, par les caractères particuliers de ses plaques, par l'absence de sténose, avec une kératinisation en général plus accentuée. Elle peut exister simultanément, mais ne doit être considérée que comme un élément surajouté venant compliquer l'état kraurosique et surtout assombrir son pronostic.

Il y aura lieu de distinguer le kraurosis de la sclérodermie en plaques, à laquelle Lievin l'avait assimilé. Dans les deux affections, on trouve, en effet, une hypertrophie du tissu conjonctif déterminant un rétrécissement et une période d'atrophie, mais la sclérose n'envahit pas le tissu sous-cutané dans le kraurosis, les faisceaux élastiques sont dégénérés et non multipliés, les parois artérielles sont relativement peu atteintes (1).

Un prurit vulvaire, dont les causes peuvent être si diverses,

---

(1) Nonique. Thèse de Paris, 1905.

pourrait peut-être faire supposer un kraurosis débutant, surtout si, rebelle, résultat d'une vulvite ancienne, d'une vaginite, d'un écoulement quelconque entretenu par l'imprégnation de liquides irritants et par le manque de soins, il se trouve accompagné de lésions inflammatoires, voire d'ulcérations, de taches pigmentaires. Mais l'absence d'atrophie, de déformation des organes génitaux, le manque de sténose vestibulaire seront suffisants pour éclairer le diagnostic.

Les prurits de cause générale ou diathésique, comme le diabète, seront facilement distingués et rapportés à leur véritable origine.

On éliminera de même les lésions locales causées par le grattage, les éruptions diverses, furoncles, eczéma, urticaire, herpès, les parasites.

Les vestiges de syphilis ancienne ayant laissé des colorations marquées ne seront pas non plus confondus avec des taches kraurotiques ; l'aspect général, la recherche des antécédents, l'examen approfondi de la malade, au besoin même le traitement spécifique, pourront mettre sur la voie de la vérité.

On évitera une confusion possible avec les rétrécissements provenant de causes diverses qui peuvent amener une certaine sténose de l'orifice vaginal : le vaginisme causé par la contraction spasmodique du constricteur du vagin et rendant le coït pénible, l'introduction du doigt douloureuse, qui ne sera pas accompagné de lésions d'atrophie locale ; — des atrésies cicatricielles, résultant de déchirures, de brûlures, d'applications caustiques, d'ulcères, qui seront dépistées par leur histoire et ne présenteront pas l'aspect régulier, symétrique des déformations du kraurosis limitées aux couches superficielles du derme ; — l'atrésie congénitale.

On se méfiera de certaines lichénifications de la vulve qui

peuvent déterminer de la tuméfaction des petites lèvres, une atrésie de l'orifice vulvaire qui en impose à première vue pour le kraurosis ; les plaques de linche d'une forme arrondie, ternes, peu indurées, accompagnant la tuméfaction et l'infiltration des replis vulvaires, et la présence d'un prurit intense permettront d'éviter la confusion (1).

---

(1) Leredde et Martial. Rapport de la lichénification de la leucoplasie vulvaire et du kraurosis. Revue gén. de clinique et de thérapeutique. Paris, 1906.

PRONOSTIC

Le pronostic du kraurosis doit toujours être réservé : on n'a pas signalé un seul cas suivi de guérison spontanée. On a pu observer dans certains cas atypiques des arrêts de l'évolution, mais il n'y avait pas alors envahissement de toute la vulve.

Fréquemment, on remarque des complications qui assombrissent le pronostic.

Ce sont, par exemple, des ulcérations provoquées par des lésions de grattage quand la malade éprouvera ces sensations de prurit parfois intense, si des soins appropriés ne sont pas apportés.

Une des suites fréquentes sera la douleur au moment du coït. Nous avons vu que, dans certaines observations, l'introduction d'un doigt devenait même impossible. L'inflammation, la sécheresse des téguments, leur inextensibilité entretiennent cet état, et même dans les cas où un traitement médical simple fait disparaître l'irritation, la dyspareunie, l'apareunie même, comme dit Jayle, peut demeurer une gêne considérable.

Le kraurosis peut encore être une cause de dystocie sérieuse à l'accouchement. Nous en trouvons d'ailleurs trace dans deux observations.

Breisky 1885 (Obs. I). Kraurosis chez une femme de 25 ans, enceinte pour la première fois. « Au moment du travail, il se produit des fissures à la vulve et une déchirure du périnée malgré l'incision pratiquée pour faciliter la sortie de la tête. »

Breisky (Obs. II). Kraurosis chez une femme de 25 ans, « examinée après un accouchement qui avait produit une déchirure périnéale qui remonte un peu dans le vagin ».

Nous n'avons pu trouver d'autre observation au point de vue obstétrical.

Le plus gros danger qui ait été signalé comme causé par le kraurosis est l'apparition d'un néoplasme.

Berkeley et Bonney (1) s'inscrivent d'ailleurs en faux contre cette idée et leur conclusion est formelle.

Nous devons faire remarquer que si on sépare complètement kraurosis et leucoplasie, néanmoins, surtout lorsqu'il ne s'agit pas de kraurosis post-opératoire, celui-ci peut être accompagné de plaques leucoplasiques. Or, on sait que la leucoplasie n'est pour certains que le prélude du cancer ou au moins une grande cause prédisposante. Notons le chiffre donné par Trespe (2) de 6 cas de cancer sur 67 observations de kraurosis avec leucoplasie.

D'autre part, Jayle signale plusieurs cas de kraurosis non leucoplasique, de kraurosis sénile accompagné de cancer sans pouvoir en indiquer la fréquence.

Dans aucun cas de kraurosis post-opératoire, il n'est indiqué de dégénérescence épithéliomateuse.

Il faut tenir compte cependant de l'idée admise par beaucoup, que la sclérose des tissus est, sinon une cause déterminante, du moins une cause prédisposante à des formations néoplasiques.

Aussi, pratiquement, la dégénérescence épithéliomateuse reste une complication à redouter.

---

(1) Berkeley et Bonney, *loc. cit.*

(2) Trespe. Beitrag zur Kraurosis vulvæ. Archiv. f. Gynäk, 1902.

TRAITEMENT

En dehors de toute puerpéralité, si le kraurosis, comme le dit Jayle, résulte de la tendance à la sclérose, le traitement général préventif est indiqué : par le régime alimentaire, par l'hygiène, on cherchera à empêcher le développement sclérotique dans l'organisme.

Le traitement médical local s'impose également contre toute inflammation et le prurit qui souvent l'accompagne. Il ne fera pas rétrocéder les lésions kraurotiques, on ne peut même dire qu'il aura une grande influence sur leur évolution, mais il pourra prévenir toute complication. En conséquence, il faudra traiter sérieusement toute métrite concomitante, toute inflammation de la muqueuse cervicale, surveiller la sécrétion urinaire dans le but d'éviter tout contact des tissus avec aucun liquide irritant. Les plus grands soins de propreté seront exigés, et souvent ces indications suffiront pour faire disparaître les symptômes fonctionnels si gênants, atténuer même parfois la dyspareunie.

S'il y a des poussées inflammatoires, des folliculites, il sera bon de prescrire des injections et des ablutions adoucissantes, non irritantes ni astringentes, et de cautériser, conseille Jayle, les points de folliculite avec une solution de permanganate de potasse concentrée au moyen d'un fin stylet garni d'une mince couche de coton.

Sur le résultat de l'application des rayons Roentgen tentée une fois, il n'y a pas de renseignements suffisants.

Le traitement chirurgical s'imposera d'abord pour toute plaque de leucoplasie persistante accompagnant le kraurosis. Il sera de toute nécessité en cas de lésion épithéliomateuse, si celle-ci n'est pas déjà trop développée.

Il sera de mise aussi chez toute malade encore dans la période de la vie sexuelle. Chez elle, cet état kraurotique, qui ne s'atténue pas, qui a toute chance d'augmenter, sera un obstacle à des rapports normaux, à la fécondation, une cause de dystocie si, malgré ces obstacles, une grossesse survient. Nous sommes donc amené à envisager cette intervention par rapport à une gravidité possible ou existante.

Dans le premier cas, le chirurgien visera en particulier trois buts : 1° la suppression de la sténose vestibulaire ; 2° l'ablation des tissus atteints ; 3° la reconstitution autoplastique de l'orifice vaginal.

Breisky cherchait à faire disparaître la sténose en incisant en haut et en bas les tissus malades et laissait guérir l'incision. Dans quelques cas, il observe l'amélioration.

Heitzmann gratte à la curette tranchante la partie atteinte et cautérise.

Orthmann insiste beaucoup sur l'excision des parties atteintes et la réunion au catgut des surfaces cruentées.

Martin (1) excise dans les grandes lèvres des lambeaux larges de 4 cm. et fait une suture de la plaie par étages, même dans 4 cas, il excisa la vulve tout entière en suivant la limite des tissus malades et sutura la plaie par une suture linéaire.

On a peu de renseignements sur les résultats éloignés de ces opérations. Il semble que, dans un certain nombre de cas, les troubles, disparus après l'opération, réapparurent après un temps plus ou moins long (Martin).

Dans le cas d'une grossesse en cours, si le kraurosis est

---

(1) Martin. Centralbl f. Gyn., 1894.

signalé dans les premiers temps, il semble qu'il y ait avantage à faire l'opération de bonne heure pour préparer les voies génitales et supprimer la cause de dystocie. L'intervention est, en général, facile, et, la plupart du temps, il n'y aura pas lieu de craindre la répercussion du shock sur l'utérus et l'interruption de la grossesse. Il est évident que si l'état des lésions ou quelque complication peut faire entrevoir ce résultat, il ne serait pas question d'intervenir précocement.

Si l'on n'a connaissance du kraurosis que dans les derniers temps de la grossesse, on peut se demander s'il y a lieu d'intervenir avant le terme. Cependant, il serait à craindre, si l'on fait des excisions ou même de simples incisions, que les tissus de réparation ne fussent pas suffisamment solides et ne soient une amorce de déchirures. Il semble donc qu'il vaille mieux attendre le moment du travail pour y procéder, tout au moins pour pratiquer les incisions nécessaires pour ouvrir suffisamment l'anneau vulvaire. Les incisions faites à cet instant seront mieux limitées, ne risqueront pas davantage d'être allongées par la dilatation et éviteront plus facilement une déchirure périnéale.

Il est clair que ce n'est pas à cette période que l'on pratiquerait sans nécessité absolue de grandes ablations de tissus sclérosés, encore moins néoplasiés.

Si l'accoucheur était amené à penser que le kraurosis trop accentué ou accompagné de complications graves ne peut se libérer par une intervention simple, si, en un mot, l'accouchement par les voies normales semblait impossible ou paraissait devoir entraîner trop de délabrements, il y aurait lieu d'envisager l'intervention par la voie abdominale. C'est là, cependant, une éventualité qui ne semble guère devoir se présenter dans la pratique.

En tous cas, comme, bien souvent, dans l'exercice de son art, l'accoucheur devra baser sa conduite sur l'examen attentif

et précis de la malade et se laisser guider par son expérience, par son jugement et sa conscience.

Dans le cas qui s'est présenté dans le service de la Maternité, il s'agit d'une femme de 28 ans, primigeste, chez qui on ne relève comme antécédents que l'époque tardive où elle aurait commencé à marcher, une rougeole à 9 ans, et un retard à l'établissement de la menstruation survenue seulement à 18 ans, les règles étant d'ailleurs habituellement régulières et assez abondantes. On note une taille moyenne, un squelette normal avec cependant un promontoire à limite, un léger masque sur la face, pas d'œdème ni de varices aux membres inférieurs, une ligne brune peu marquée, des vergetures récentes. On ne signale rien d'anormal pour la grossesse.

La vulve présente un degré accentué de rétrécissement. Les grandes lèvres ne laissent voir qu'une fente vulvaire très étroite ; il y a soudure complète des grandes et des petites lèvres, qu'aucun bourrelet saillant n'indique. Il n'y a pas de taches ecchymotiques. La sténose de l'orifice vaginal est telle que l'introduction d'un seul doigt est difficile et douloureuse.

La femme n'a jamais souffert de cet état avant son mariage ; rien, dit-elle, ni prurit, ni douleur, ne lui a fait supposer une conformation anormale. Seule, l'impossibilité du coït la lui révéla.

La grossesse ayant évolué normalement, la femme vue pour la première fois vers le 7e mois, et surveillée ensuite, M. le professeur Vallois, ayant reconnu l'état normal du vagin, large et extensible, décida, tout en continuant la surveillance, d'attendre le moment du travail pour intervenir. Celui-ci fut normal, avec présentation du sommet en position gauche, et au moment où la tête fut descendue sur le périnée, M. Vallois pratiqua deux incisions obliques, une de chaque côté de la vulve en arrière, l'ensemble figurant un V renversé, qui per-

mirent de dégager le périnée et de laisser se produire sans dilacération la dilatation de l'orifice vulvaire et l'expulsion spontanée.

Rien ne vint contrarier la fin de l'accouchement, et deux sutures faites pour réunir les téguments laissèrent ensuite à la vulve, après cicatrisation complète, une longueur et une largeur plus considérable.

Et ainsi une intervention simple et discrète aura permis l'accouchement sans accident et donné à la femme la possibilité d'accomplir facilement et normalement tous les actes amenés par ses relations conjugales.

CONCLUSIONS

Le nom de kraurosis vulvaire s'applique à un état morbide caractérisé par l'atrophie scléreuse progressive et la rétraction des revêtements cutanéo-muqueux de la vulve, portant surtout sur les petites lèvres, le clitoris, le prépuce clitoridien, par la perte d'élasticité des tissus et la sécheresse des téguments.

Le kraurosis peut s'accompagner de lésions leucoplasiques ou inflammatoires.

Les lésions du kraurosis ne sont pas spécifiques. Elles portent essentiellement sur le derme. Ce sont celles de la sclérose, mais à un état plus accentué.

Le kraurosis se rencontre à tout âge, mais spécialement chez les femmes dont l'appareil génital est troublé, ou après la ménopause, ou après castration.

On tend à admettre qu'il est lié à un trouble trophique résultant d'une altération ou de l'ablation des ovaires, et qu'il se développe surtout chez les femmes prédisposées à la sclérose.

Par suite de complications leucoplasiques ou même sans cette cause, il semble prédisposer au cancer.

Il peut être un obstacle à l'accouchement

Celui-ci sera rendu possible par une intervention simple et facile dans la majorité des cas et qui aura l'avantage de porter remède à l'état de sténose de l'orifice vaginal et aux inconvénients qu'il entraîne.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 29 juin 1912.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé
Montpellier, le 28 juin 1912
Pour le Doyen,
L'assesseur délégué,
G. SARDA.